



Asesoramiento Colaborativo, LLC (Collaborative Counseling)  
Información Clínica y Políticas de Consentimiento del Cliente

### **Descripción General de la Terapia**

La terapia varía según el terapeuta, el cliente y las situaciones y objetivos particulares del cliente. Su terapeuta puede utilizar muchos métodos diferentes para abordar sus situaciones y objetivos particulares. Para que la terapia tenga el mejor resultado, es probable que tengas que invertir energía en el proceso y trabajar activamente en las cosas de las que hablamos durante y entre las sesiones.

La terapia puede tener beneficios y riesgos. Los riesgos pueden incluir experimentar sentimientos incómodos como tristeza, culpa, ira, ansiedad o frustración al hablar de aspectos de su vida o sus relaciones. Las investigaciones muestran que la psicoterapia tiene beneficios que pueden incluir mejores relaciones, soluciones a problemas específicos, mayor satisfacción con la vida, mejor salud física y reducciones significativas en los sentimientos de angustia. Sin embargo, es imposible predecir o garantizar lo que experimentará.

Sus primeras sesiones implicarán una evaluación de su situación y necesidades, también discutiremos sus objetivos. Durante este tiempo, usted y su terapeuta decidirán juntos si su terapeuta es la mejor persona para brindarle servicios terapéuticos. La terapia puede implicar una inversión significativa de tiempo, energía y dinero, por lo que es importante que seleccione un terapeuta con el que se sienta cómodo trabajando. Si en algún momento tiene preguntas sobre algún aspecto de su trabajo con su terapeuta, hable con su terapeuta o no dude en comunicarse con la propietaria, Naomi Doriott Larson al 763.210.9966 o por correo electrónico a [naomi@collaborativemn.com](mailto:naomi@collaborativemn.com). Si decide que no desea continuar con la terapia, informe a su terapeuta. Recomendamos una sesión final para el cierre. Si necesita ayuda para encontrar otro terapeuta u otros recursos adecuados, estaremos encantados de ayudarlo a hacerlo.

### **Política de Confidencialidad y Privacidad de Datos (HIPAA)**

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información de salud y cómo puede acceder a esta información. Revise cuidadosamente esta y todas las demás políticas. Estamos comprometidos a proteger la privacidad y confidencialidad de nuestros clientes. Una ley estatal y federal, la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (HIPAA), entró en vigor el 14 de abril de 2003 y nos exige que le informemos sobre esta política. HIPAA nos exige que sigamos manteniendo su privacidad, que le entreguemos este aviso y que cumplamos los términos de este aviso.

La ley nos permite usar o divulgar su información de salud a quienes participan en su tratamiento; por ejemplo, una revisión de su expediente por parte de un médico especialista a quien podamos involucrar en su atención. Podemos usar o divulgar su información de salud para obtener el pago de los servicios que recibe (por ejemplo, podemos enviar información según lo solicite su plan de seguro médico). Podemos usar o divulgar su información de salud para nuestras operaciones normales de atención médica (por ejemplo, personal que completa la programación, capacitación del personal que ha firmado acuerdos de confidencialidad, etc.). Podemos compartir su información médica con nuestros socios comerciales, como un servicio de facturación, personal administrativo, etc. Para proteger su privacidad y confidencialidad, tenemos un contrato escrito con cada socio comercial que les exige proteger su privacidad. Podemos consultar con otros profesionales autorizados en asesoramiento según sea necesario, protegiendo su información confidencial, para obtener orientación para su tratamiento. Podemos utilizar su información para comunicarnos con usted (por ejemplo, correos electrónicos). Es posible que también queramos llamarle y recordarle sus citas. Si no está en casa, podremos dejar esta información en su contestador automático, o con la persona que conteste el teléfono. En caso de emergencia, podemos divulgar su información de salud a un miembro de su familia u otra persona responsable de su atención. Finalmente, podemos divulgar parte o toda su información de salud cuando lo exija la ley.

Si se vende esta práctica, su información pasará a ser propiedad del nuevo propietario. Excepto por lo descrito anteriormente, esta práctica no utilizará ni divulgará su información de salud sin su autorización previa por escrito. Puedes

Iniciales del cliente/tutor \_\_\_\_\_

solicitar por escrito que no usemos ni divulguemos su información de salud como se describe anteriormente. Le informaremos si podemos cumplir con su solicitud.

Usted tiene derecho a conocer cualquier uso o divulgación que hagamos de su información de salud más allá de los usos normales mencionados anteriormente. Como necesitaremos comunicarnos con usted de vez en cuando, utilizaremos la dirección o el número de teléfono que tiene registrado con nosotros. Tiene derecho a transferir copias de su información de salud a otra práctica. Es posible que tenga derecho a ver o recibir una copia de su información de salud, a menos que exista una razón por ley o contrato por la cual su terapeuta no revelaría la información. Tiene derecho a solicitar una enmienda o cambio en su información de salud. Envíenos su solicitud para realizar cambios por escrito. Si desea incluir una declaración en su expediente, por favor dénosla por escrito. Es posible que realicemos o no los cambios que solicite, pero estaremos encantados de incluir su declaración en su archivo. Si aceptamos una enmienda o cambio, no eliminaremos ni alteraremos documentos anteriores, pero agregaremos la nueva información.

Tiene derecho a recibir una copia de este aviso. Si cambiamos alguno de los detalles de este aviso, le notificaremos los cambios por escrito. Puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F Washington, DC 20201. Sin embargo, antes de presentar una queja, o para obtener más información o asistencia con respecto a la privacidad de su información médica, comuníquese con el Propietario of Collaborative Counseling, Naomi Doriott Larson, por teléfono al 763.210.9985 o por correo electrónico a [naomi@collaborativemn.com](mailto:naomi@collaborativemn.com).

Las leyes del estado de Minnesota y Wisconsin imponen algunas limitaciones a su derecho a la confidencialidad. La siguiente es una lista de situaciones en las que puede perder su derecho a la confidencialidad:

- Si el uso o divulgación es necesario para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad de una persona o del público y la divulgación se hace a una persona o personas razonablemente capaces de prevenir o disminuir la amenaza, incluido el objetivo de la amenaza.
- Si su terapeuta sospecha que usted ha abusado o descuidado física o sexualmente a un niño o un adulto vulnerable, su terapeuta debe presentar un informe a las autoridades correspondientes. Esto incluye algunos casos de abuso doméstico cuando un niño está expuesto a armas o es amenazado físicamente y/o utilizado como arma.  
Si está embarazada y consume alguna sustancia controlada como heroína, cocaína, fenciclidina, metanfetamina o sus derivados.  
Cuando existe una orden judicial para revelar sus registros a las autoridades legales.
- Si la junta de licencias ordena una investigación o un procedimiento disciplinario y su información está involucrada en esos procedimientos.
- Una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal, que no esté acompañado por una orden de un tribunal o tribunal administrativo, siempre y cuando se hagan esfuerzos razonables para notificarle que se ha solicitado su PHI o se hagan esfuerzos razonables para asegurar una orden de protección calificada, por la persona que solicita la PHI.
- Para defender a Collaborative Counseling o a nuestro(s) terapeuta(s) en una acción legal u otro procedimiento iniciado por usted contra nuestra clínica o proveedores de servicios.
- Cuando lo requiera el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos en una investigación para determinar mi cumplimiento con las reglas de privacidad.
- A los Socios Comerciales bajo un acuerdo escrito que requiere que los Socios Comerciales protejan la información. Los socios comerciales son entidades que ayudan o realizan actividades en nuestro nombre, incluidos individuos u organizaciones que brindan funciones legales, contables, administrativas y similares.

Si es menor de edad, tiene un derecho limitado a la privacidad en el sentido de que sus padres pueden tener acceso a sus registros.

Sin embargo, si el terapeuta cree que compartir esta información será perjudicial para usted, se mantendrá la confidencialidad hasta los límites de la ley.

Terapia de grupo: El derecho a la confidencialidad se aborda en el entorno grupal. Sin embargo, el asesoramiento colaborativo y los terapeutas de grupo no son responsables de ninguna violación de la confidencialidad por parte de los miembros del grupo.

Hay casos en los que las personas asociadas con la Asesoría Colaborativa tienen deberes que requieren acceso a la información que usted puede compartir para el procesamiento de reclamos, programación, informes, consultas, etc.

## Publicación de registros

Las leyes y estándares de esta profesión requieren que mantengamos registros de tratamiento. Tiene derecho a examinar y/o recibir una copia de sus registros si lo solicita por escrito. Para poder ver sus registros, usted y su terapeuta deberán discutir juntos el contenido. Debido a que estos son registros profesionales, pueden malinterpretarse y/o molestar a personas que no son profesionales de la salud mental.

Toda la información sobre los pacientes se considera estrictamente confidencial y no se entregará a otras entidades o individuos sin su consentimiento por escrito, a menos que la ley permita lo contrario. En caso de una solicitud de transferencia de registros, los registros se enviarán una vez completado un formulario de consentimiento y una tarifa de pago basada en los máximos legales actuales permitidos por el Departamento de Salud. Las copias de los registros están disponibles por una tarifa de procesamiento de \$17.21 más \$1.30 por página para copiar.

## Respuesta a la crisis y contacto con su terapeuta

A menudo, su terapeuta no está disponible de inmediato por teléfono porque no contestamos el teléfono cuando estamos en sesión con los clientes. No dude en dejar un mensaje de voz y su terapeuta se comunicará con usted dentro de los 5 días hábiles (de lunes a viernes). Haremos todo lo posible para devolverle la llamada lo antes posible (generalmente dentro de unas pocas horas y casi siempre dentro de las 24 horas de lunes a viernes). Si es difícil comunicarse con usted, deje los horarios en los que estará disponible. Si desea que se utilice discreción al llamarlo o dejarle un mensaje, infórmenos con anticipación.

En los momentos en que su terapeuta no esté disponible por un tiempo prolongado, se le proporcionará un terapeuta de respaldo para que se comunique si es necesario.

Los servicios ambulatorios de salud mental son de carácter consultivo; No estamos equipados para manejar emergencias. Llame a la Línea Directa Nacional de Prevención del Suicidio al 1-800-273-TALK (8255), 911 o vaya a la sala de emergencias del hospital más cercano si se encuentra en crisis. Las consultas telefónicas con clientes o padres de clientes, durante o después del horario comercial, no forman parte de los servicios que podemos ofrecer en Collaborative Counseling. Documente cualquier inquietud que pueda tener entre citas y tráigala a su próxima sesión para que podamos discutirla. Las consultas telefónicas con médicos que prescriben, distritos escolares y otros servicios de colaboración siempre están disponibles de forma gratuita para nuestros clientes, con su autorización firmada para la divulgación de información confidencial.

## Servicios de telemedicina/telesalud

La telemedicina incluye la práctica de prestación de atención médica, diagnóstico, consulta, tratamiento, transferencia de información de salud protegida y educación mediante comunicaciones de audio, video o datos sincrónicas o asincrónicas.

- **Verificación de identidad:** se le puede exigir que proporcione una copia de su licencia de conducir y otra documentación de verificación de identidad solicitada por el profesional de la salud antes de brindarle cualquier servicio de salud.
- **Privacidad y seguridad de las comunicaciones:** todas las comunicaciones electrónicas entre usted y el profesional de la salud se transmitirán utilizando medidas razonables para garantizar la confidencialidad. Usted será responsable de asegurar y proteger la funcionalidad, integridad y privacidad de su hardware, archivos y comunicaciones. Se recomienda la protección con contraseña para acceder a su hardware y archivos. Si otras personas accederán a la misma computadora, tenga en cuenta que existen programas que copian cada pulsación de tecla que usted realiza. Se recomienda que programe sus sesiones con el médico que suscribe cuando y donde pueda garantizar el mayor nivel de privacidad para todas las comunicaciones. Asegúrese de salir completamente de todos los programas y hardware al final de cada sesión. Usted renuncia explícitamente a la confidencialidad si hay otra persona en su sitio distante en el que está utilizando la telemedicina.
- **Riesgos asociados con la terapia a distancia:** existen riesgos y consecuencias para la privacidad y la seguridad asociados con la telemedicina a pesar de las políticas y procedimientos establecidos para protegerse contra ellos.

Los riesgos y consecuencias incluyen, entre otros, la transmisión interrumpida o distorsionada de datos o información debido a fallas técnicas y el acceso o interceptación de su información de salud protegida por parte de personas no autorizadas.

- Al firmar este formulario de información y consentimiento a continuación, usted reconoce las limitaciones inherentes a garantizar la confidencialidad del cliente de la información transmitida en telemedicina y acepta renunciar a su privilegio de confidencialidad con respecto a cualquier información confidencial a la que pueda acceder un tercero no autorizado a pesar de las razones razonables. Esfuerzos de la Colaboración para establecer una línea de comunicación segura.

- Los servicios y la atención de telemedicina pueden no ser tan efectivos como los servicios presenciales. La Colaboración evaluará continuamente si la telemedicina es adecuada para usted. Si la Colaboración determina que sería mejor para usted recibir servicios diferentes, como servicios cara a cara, se le proporcionarán recomendaciones de tratamiento y proveedores o instalaciones de tratamiento.
- **Interrupciones de comunicación:** Si no puede conectarse con la plataforma de telemedicina o se desconecta durante una sesión debido a una falla tecnológica, intente volver a conectarse dentro de los 5 minutos.  
Si no es posible la reconexión se puede contactar a la Colaborativa al siguiente número de teléfono: 763-210-9966.
- **Grabaciones de audio y video:** usted reconoce y, al firmar este formulario de información y consentimiento a continuación, acepta que ni usted ni el profesional de atención médica abajo firmante grabarán ninguna parte de sus sesiones a menos que usted y la Colaboración acuerden mutuamente por escrito que la sesión de salud puede ser grabado. Además, reconoce que la Colaboración se opone a que usted grave cualquier parte de sus sesiones sin el consentimiento por escrito de la Colaboración. Usted acepta expresamente que las grabaciones de audio y video utilizadas con fines de seguridad o legales y de documentación no forman parte de sus registros médicos y, por lo tanto, no están protegidas por la confidencialidad ni ninguna otra disposición conforme a este acuerdo.
- **Consentimiento para el tratamiento mediante telemedicina y servicios de salud a distancia:** Yo, voluntariamente, acepto recibir evaluación, atención, tratamiento y servicios sincrónicos (o asincrónicos) mediante el uso de correo electrónico y mensajes de texto y autorizo a la Colaboración a brindar dicha atención, tratamiento o servicios que se consideren necesarios y aconsejables. Se me ha ofrecido una amplia oportunidad para hacer preguntas y buscar aclaraciones sobre cualquier cosa que no me quede clara.

### Enviar correos electrónicos o mensajes de texto a su terapeuta

La comunicación electrónica (correo electrónico y mensajes de texto) es una forma comúnmente utilizada de intercambiar información; sin embargo, no hay garantía de que esta forma de comunicación sea segura. Collaborative Counseling no puede garantizar la seguridad o privacidad de la información intercambiada. El correo electrónico no es un medio apropiado para comunicarse sobre su terapia o sobre una emergencia de salud mental. Si desea enviar un correo electrónico a su terapeuta, confirme su política y preferencia, ya que la preferencia de cada médico puede variar.

Aunque añaden comodidad y agilizan la comunicación, es muy importante tener en cuenta que personas no autorizadas pueden acceder con relativa facilidad al correo electrónico y a las comunicaciones por teléfono móvil y, por tanto, pueden comprometer la privacidad y confidencialidad de dicha comunicación. Los correos electrónicos, en particular, son vulnerables a dicho acceso no autorizado debido a que los servidores tienen acceso ilimitado y directo a todos los correos electrónicos que pasan por ellos. Es posible que los correos electrónicos y los datos de los terapeutas en las computadoras no estén encriptados, siempre es posible que los faxes se envíen por error a la dirección incorrecta y que se roben las computadoras, incluidas las portátiles. Nuestras computadoras están equipadas con un firewall, protección antivirus y contraseñas, y también protegemos con contraseña y realizamos copias de seguridad de toda la información confidencial de las computadoras (almacenada fuera del sitio) de forma regular.

También debe saber que cualquier correo electrónico o mensaje de texto que su terapeuta reciba de usted y cualquier respuesta que le envíe pueden convertirse en parte de su registro legal y pueden revelarse si sus registros son convocados por una entidad legal.

Notifique a su terapeuta si decide evitar o limitar, de alguna manera, el uso de correos electrónicos, SMS (texto) de teléfonos celulares, faxes o el almacenamiento de información confidencial en computadoras. Si comunica información confidencial o privada a través de SMS (texto) o correo electrónico, asumiremos que ha tomado una decisión informada, lo consideraremos como su acuerdo de asumir el riesgo de que dicha comunicación pueda ser interceptada, y su terapeuta y nuestra clínica honrar su deseo de comunicarse sobre dichos asuntos por correo electrónico o mensajes de texto.

No utilice el correo electrónico ni el fax para emergencias. Debido a problemas con la computadora o la red, es posible que los correos electrónicos no se puedan entregar y que su terapeuta no revise mis correos electrónicos o faxes diariamente. Preferimos utilizar el correo electrónico únicamente para concertar o modificar citas. Si envía un correo electrónico a su terapeuta con contenido relacionado con sus sesiones de terapia, tenga en cuenta que el correo electrónico no es completamente seguro ni confidencial. Si la comunicación por correo electrónico fuera de la terapia requiere más de 5 minutos para leer y responder, podemos cobrar por mis servicios profesionales prestados en incrementos de 15 minutos. Indique si tiene la intención de pagar estos cargos o lo guardaremos para revisarlo durante el horario de su cita.

## Cómo reconocer en entornos públicos

Si uno de nuestro personal o terapeutas lo ve fuera de nuestra oficina de asesoramiento en público, solo lo reconoceremos si nos saluda o saluda. Esto es para respetar su confidencialidad.

## Política de redes sociales

Tenga en cuenta que el asesoramiento colaborativo se encuentra en varios sitios web de redes sociales como una forma de comercializar los servicios que ofrecemos. Para proteger su confidencialidad, Collaborative Counseling lo alienta a considerar la naturaleza pública de las redes sociales antes de darle me gusta, fanear o seguir nuestras publicaciones en las redes sociales. La mensajería en sitios de redes sociales como Twitter, Facebook, Google+ o LinkedIn no es segura. Podría comprometer su confidencialidad si utiliza publicaciones en el muro, @respuestas u otros medios para interactuar con Collaborative Counseling o con su terapeuta en línea si ya tenemos una relación cliente/terapeuta establecida. También puede crear la posibilidad de que estos intercambios formen parte de su registro médico legal y deberán documentarse y archivarlos en su expediente. Si tiene preguntas, comuníquese con su terapeuta o con el administrador de nuestra clínica, quienes pueden ayudarlo a aclarar las preguntas que pueda tener.

## Responsabilidad financiera

La mayoría de los planes de seguro médico incluyen cobertura de salud conductual; sin embargo, la cobertura exacta varía ampliamente según los diferentes planes de seguro médico. Los clientes son responsables de los servicios recibidos que no estén cubiertos por el seguro; por lo tanto, le recomendamos encarecidamente que llame a su compañía de seguros para verificar su cobertura. Cuando llame a su compañía de seguros, solicite verificar su cobertura de salud mental para pacientes ambulatorios. También es su responsabilidad mantenernos actualizados con cualquier cambio en su plan de beneficios y/o cobertura de seguro. Entendemos que el seguro es complicado, pero no somos responsables de la verificación de sus beneficios de seguro y no podemos ser responsables de las denegaciones de cobertura de seguro.

## Política de cancelación

Por favor, avise con 24 horas hábiles de antelación si no podrá asistir a una cita. Si no avisa con 24 horas de antelación, se le cobrarán 100 \$. Esto no es facturable para la mayoría de las compañías de seguros. Por favor llámenos con cancelaciones lo antes posible para evitar cargos por cancelación tardía y por respeto a otras personas que puedan necesitar una cita. Aquí hay aclaraciones sobre nuestra política:

- Las cancelaciones deben realizarse al menos 24 horas hábiles antes de la cita. Para las citas de los lunes, las cancelaciones deben realizarse antes del viernes a las 4 de la tarde.
- Cancelaciones tardías y no presentaciones se cobrarán \$100. La tarjeta de crédito registrada se ejecutará en el momento de la cita perdida, a menos que se hagan arreglos de otra manera.
- La única excepción a la política de cancelación es en caso de enfermedad grave o emergencia. Los conflictos laborales no constituyen una emergencia. En caso de barreras de transporte, podemos realizar la cita a través de telesalud.
- Cancelaciones frecuentes y no presentarse/citas perdidas (3 o más en 6 meses o 2 consecutivos) pueden dar lugar a la interrupción del tratamiento.
- Si llega más de 15 minutos tarde a su cita, la cita se considerará perdida y se cobrará la tarifa de cancelación/cita perdida de \$100.

## Casos que involucran el sistema legal

Nuestros servicios no deben utilizarse para testimonios, disputas de custodia, discapacidad o cualquier otra forma de evaluaciones judiciales. Nos complace recomendarlo a otros proveedores en el área que brinden estos servicios en caso de que necesite alguna evaluación o testimonio judicial. Si los tribunales nos citaran o nos ordenaran testificar, se le exigirá que pague todos los honorarios, por adelantado, asociados con la redacción de resúmenes de casos y/u otros informes, consultas con abogados, consultas con profesionales de salud mental, revisión de otros registros y cualquier otra preparación. El cliente también deberá pagar otros cargos incurridos, incluidos el tiempo de viaje, las comidas, el estacionamiento y todos los demás costos asociados con el tiempo en la corte. El testimonio del terapeuta requerirá que se facture directamente al cliente, ya que el seguro no cubrirá estos cargos. Todos los honorarios deben pagarse antes de la fecha del testimonio. Las comparecencias ante los tribunales son significativamente más caras debido a la complejidad y dificultad de estar involucrado en tales asuntos. Nuestra tarifa por hora actual para cualquier asunto legal relacionado es de \$350 por hora. Tenga en cuenta: estas tarifas se aplican a cualquier trabajo relacionado con el tribunal o con asuntos legales, independientemente de si el testimonio termina siendo requerido. Todos los honorarios legales quedan fuera del seguro y fuera de lo que se considera un servicio de atención de salud mental.

Iniciales del cliente/tutor \_\_\_\_\_

## Tratamiento de menores

El tratamiento de niños y adolescentes se realiza mejor con la participación de sus cuidadores y padres. Los niños con padres solteros o divorciados normalmente se benefician del contacto regular con ambos padres, a menos que se pueda demostrar que este contacto amenaza la seguridad o la salud mental del niño. La terapia es confidencial, pero no secreta. Los padres tienen derecho a comprender la naturaleza del problema de su hijo, así como el método y el curso del tratamiento. Ambos padres tienen derecho a acceder a un tratamiento médico o de salud mental, independientemente de la custodia, a menos que el padre con custodia nos proporcione una orden judicial que limite el acceso o la comunicación.

Los padres pueden tener acceso a los registros médicos de sus hijos; sin embargo, a menudo con los registros de salud mental es determinado que no es en el interés superior del niño o adolescente. Las leyes estatales de Minnesota y Wisconsin otorgan a los padres con custodia legal el derecho a recibir información sobre el tratamiento de sus hijos y, en general, a obtener copias de los registros médicos de sus hijos. Las leyes estatales de Minnesota y Wisconsin permiten una excepción a la divulgación de copias de registros médicos en el caso de salud mental. Los registros de salud mental se mantienen confidenciales para proteger la capacidad del niño de hablar libremente sobre sus relaciones y preocupaciones con respecto a cada padre. Rara vez es lo mejor para el niño que los padres lean los registros de terapia. Se anima a los padres a reunirse periódicamente con el terapeuta de su hijo y a mantenerse informados de lo que ocurre en la terapia. Se pueden hacer arreglos para observar las citas, revisar los registros en el consultorio y compartir libremente información sobre la salud y el tratamiento del niño.

En los casos en que exista custodia legal compartida (dividida) entre padres o tutores que no estén casados ni convivan, requerimos la autorización y firma de ambos padres para el tratamiento de su(s) hijo(s) menor(es). Creemos que es mejor identificar y resolver posibles conflictos o desacuerdos con los padres antes de comenzar el tratamiento. No procederemos con el tratamiento si uno de los padres no está disponible o no está dispuesto a dar su consentimiento y no tenemos una nota del médico del niño que determine que es apropiado proceder con el consentimiento de solo uno de los padres.

El asesoramiento a niños se realiza con el objetivo de proporcionar un entorno emocionalmente neutral para procesar las preocupaciones y emociones actuales. La utilidad de dicha terapia es extremadamente limitada cuando la terapia misma se convierte simplemente en una cuestión de disputa entre los padres o entre padres e hijos. Teniendo esto en cuenta, y con el fin de ayudar mejor a los niños en terapia, seguimos los siguientes acuerdos en nuestra terapia con menores:

El asesoramiento y la terapia no generarán consideraciones sobre la custodia. Recomendamos que las partes que disputan la custodia consideren participar en formas alternativas de negociación y resolución de conflictos, incluida la mediación y la evaluación de la custodia, en lugar de resolver una disputa de custodia en los tribunales.

- El terapeuta de su hijo/a tiene la responsabilidad principal, como terapeuta de su hijo/a, de responder a sus necesidades emocionales del niño. Esto incluye, entre otros, el contacto con su hijo y cada uno de sus cuidadores, y la recopilación de información relevante para comprender el bienestar y las circunstancias de su hijo tal como las perciben otras personas importantes (por ejemplo, pediatras, maestros). En algunos casos, esto puede incluir una recomendación de que consulte con un médico en caso de que cuestiones relacionadas con la salud física de su hijo/a sean relevantes para esta terapia.
- Pedimos que todos los cuidadores mantengan una comunicación frecuente con respecto al bienestar y el bienestar emocional de su hijo/a. La comunicación abierta sobre su estado emocional es fundamental. En este sentido, invitamos a cada uno de ustedes a iniciar intercambios frecuentes y abiertos con el terapeuta de su hijo.
- Pedimos que todas las partes reconozcan y, según sea necesario, reafirmen al niño que el terapeuta es el ayudante y no aliado con ninguna parte en disputa o lado familiar.
- Tenga en cuenta los límites de confidencialidad que se aplican a la psicoterapia con un niño.
  - o Mantened registros de todos los contactos relevantes para el bienestar de su hijo. Estos registros están sujetos a citación judicial y, en algunas circunstancias, puede ser solicitada por las partes (incluidos los abogados) en un divorcio u otros procedimientos legales.
  - o Cualquier asunto que cualquiera de los padres comunique a su terapeuta con respecto al niño puede ser revelado al otro padre. Los asuntos que se nos presenten y que sean irrelevantes para el bienestar del niño podrán mantenerse confidenciales.
- No somos responsables de la comunicación de rutina con los padres que no asisten a las citas y no podemos comunicarnos de manera rutinaria con el padre que no tiene la custodia después de cada cita. No podemos enviar un

carta resumen, nota o correo electrónico después de cada cita, a menos que se hayan hecho arreglos de pago para este servicio. La expectativa es que los padres se comuniquen abiertamente entre sí con respecto al tratamiento y que cada padre cultive una relación sana y una comunicación abierta con el otro padre y su hijo/a.

### Finalizar el tratamiento

Tiene derecho a finalizar su tratamiento en cualquier momento sin mi permiso o acuerdo. Sin embargo, si decide ejercer esta opción, le recomendamos que hable con su terapeuta sobre el motivo de su decisión en una o más sesiones de terminación para que podamos cerrar lo suficiente nuestro trabajo juntos. También podemos analizar cualquier referencia que pueda necesitar en ese momento.

Como servicio de terapia, también nos reservamos el derecho de finalizar la terapia a nuestro criterio. Los motivos de la terminación incluyen, entre otros, el pago extemporáneo de honorarios, el incumplimiento de las recomendaciones de tratamiento, los conflictos de intereses, la falta de participación en la terapia o las necesidades del paciente que están fuera de mi alcance de competencia o práctica. Si vamos a finalizar el tratamiento, le proporcionaremos referencias a otro proveedor o servicio que consideremos apropiado.

Si durante la psicoterapia cualquiera de nosotros considera que el terapeuta asignado a usted no es eficaz para ayudarle a alcanzar sus objetivos terapéuticos, estamos obligados a comentarlo con usted y, si procede, a finalizar el tratamiento. En tal caso, le proporcionaremos una serie de referencias que pueden resultarle útiles.

### Declaración de derechos del cliente

Como consumidor de servicios de salud mental, tiene derecho a:

- 1) esperar que el proveedor haya cumplido con las calificaciones mínimas de capacitación y experiencia requeridas por el estado ley;
- 2) examinar los registros públicos mantenidos por la Junta de Terapia y Salud Conductual que contienen la credenciales del proveedor;
- 3) obtener una copia de las Reglas de conducta en la Librería de Minnesota, Departamento de Administración, 660 Olive Street, St. Paul, MN 55155, o en su ubicación actual; (si está en Wisconsin, puede encontrar estas reglas en: <https://www.dhs.wisconsin.gov/clientrights/intro.htm>)
- 4) informar quejas a la Junta de Terapia y Salud Conductual;
- 5) ser informado del costo de los servicios profesionales antes de recibir los servicios;
- 6) privacidad definida y limitada por las normas y la ley;
- 7) estar libre de ser objeto de discriminación ilegal mientras recibe servicios de asesoramiento; tener acceso a sus registros [Para MN según lo dispuesto en la parte 2150.7520, subparte 1, y los Estatutos de Minnesota, sección 144.292, salvo que la ley disponga lo contrario; Para WI según lo dispuesto en Wis. Stat. § 51.30];
- 8) estar libre de explotación en beneficio o ventaja del proveedor;
- 9) cancelar los servicios en cualquier momento, salvo disposición en contrario por ley u orden judicial.

#### Tarifas

Código de	Servicio	Duración de la visita	Cobro por servicio
facturación 90791	Consumo	45-50 minutos	\$275
90832	Psicoterapia 30 minutos	16-37 minutos	\$100
90834	Psicoterapia 45 minutos	38-52 minutos 53	\$175
90837	Psicoterapia 60 minutos	minutos más 45-50	\$225
90847/90846	Terapia familiar/de pareja	minutos n/a	\$175
90785	Complejidad interactiva (complemento)		\$100
90839/90840	Psicoterapia para las crisis	Añadir 60/30 minutos	\$200/\$100
90853/90849	Terapia de grupo	60-90 minutos	\$100/\$250
96150-96154	Evaluación de salud/comportamiento	unidades de 15 minutos	\$50/unidad
H2019	Terapia de grupo DBT	unidades de 15 minutos	\$50/unidad
96130-96139	Pruebas psicológicas y neuropsicológicas	60 minutos 60	\$225
96116	Examen del estado neuroconductual	minutos 60	\$200
90887	Revisión de retroalimentación de la evaluación	minutos	\$200
97532	Rehabilitación Cognitiva	Unidades de 15	\$50/unidad
Facturado al cliente	Llamadas telefónicas, cartas, correos electrónicos o informes	minutos Unidades de 15 minutos	\$50/unidad
Facturado al cliente	Comparecencias ante el tribunal o cualquier solicitud legal	Varía	\$350 por hora
Facturado al cliente	Cancelación tardía o no presentación	n / A	\$100

Iniciales del cliente/tutor \_\_\_\_\_

## Información del cliente

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Da su consentimiento para el uso de su correo electrónico por parte de Collaborative Counseling? Por favor circule: SÍ o NO

Empleador (Nota: si el ingreso es para un niño, escriba empleo para ambos padres).

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

### Información de seguro primario

Transportador	Número de teléfono del proveedor	ID de política
Número de grupo	Nombre del titular de la póliza (si no es cliente)	Titular de la póliza Fecha de nacimiento

### (Si corresponde) Información del seguro secundario

Transportador	Número de teléfono del proveedor	ID de política
Número de grupo	Nombre del titular de la póliza (si no es cliente)	Titular de la póliza Fecha de nacimiento

Collaborative Counseling, LLC, se reserva el derecho de cambiar las políticas, prácticas y procedimientos descritos en este documento. Le notificaremos por escrito sobre cualquier cambio significativo. Mi firma a continuación indica que doy mi consentimiento para el tratamiento en Collaborative Counseling, LLC y que he recibido y entiendo el contenido de las políticas de asesoramiento de la clínica, incluido el Aviso de prácticas de privacidad (HIPAA). Mi firma a continuación certifica mi consentimiento a la política de facturación y pago. Todas mis preguntas han sido respondidas y la política de facturación está totalmente aceptada. También, al firmar a continuación, doy mi consentimiento para asumir la responsabilidad total de cualquier factura pendiente por los servicios prestados. También acepto que mi firma autoriza a Collaborative Counseling, LLC a reclamar cualquier saldo pendiente adeudado en caso de que no siga la política de la clínica. Estoy en mi sano juicio y soy totalmente competente para dar mi consentimiento informado y voluntario para terapia, ya sea para mí y/o para un menor. Si tengo preguntas, la información ha sido explicada y/o resumida para mí.

\_\_\_\_\_  
Firma (Cliente o Tutor Legal si el cliente es menor de 18 años)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma (Cliente o Tutor Legal si el cliente es menor de 18 años)

\_\_\_\_\_  
Fecha

Relación con el paciente (si el paciente es menor de edad). Marque a continuación para indicar el estado de la custodia si el paciente

- es menor de edad: Los padres están casados y ambos son padres legales del niño/menor.
- Soy padre soltero, con custodia legal y física del niño/menor.
- El otro padre del niño y yo compartimos la custodia legal. Se debe obtener el consentimiento del otro padre para continuar con los servicios más allá de la cita inicial.
- El niño está bajo custodia del estado de Minnesota o Wisconsin. Condado: \_\_\_\_\_

Iniciales del cliente/tutor \_\_\_\_\_





## Información y Política de Facturación

Nuestra política de facturación de servicios, los cuales son responsabilidad del cliente, es la siguiente:

Por favor ponga sus iniciales en cada línea:

\_\_\_\_\_ Todos los copagos, coseguros, escala móvil de tarifas, plan de pago y deducibles vencen en la fecha del servicio. Si los pagos del cliente no se realizan en la fecha del servicio, o si no se han hecho arreglos para un plan de pago alternativo, los cargos se enviarán a la tarjeta de crédito o débito del cliente registrada en nuestra oficina.

\_\_\_\_\_ Los clientes no recibirán un estado de cuenta por los servicios que son responsabilidad de su compañía de seguros. Los clientes tampoco recibirán un estado de cuenta si su saldo ha sido pagado en su totalidad en cada fecha de servicio y su cuenta está al día.

\_\_\_\_\_ Cualquier servicio de asesoramiento que no sea elegible para cobertura a través del plan de seguro de un cliente se convierte en el responsabilidad del cliente. Si no se pagan en la fecha del servicio, estos cargos se enviarán a la tarjeta de crédito registrada ya sea en la fecha del servicio o en la fecha en que recibamos la notificación de que se han denegado los servicios.

Los recibos de todas las transacciones con tarjeta de crédito o débito se enviarán por correo a los clientes junto con su estado de cuenta.

Los pagos adeudados que no se pagan están sujetos a tarifas dentro de las limitaciones de la ley.

\_\_\_\_\_ Se enviará un cargo por cancelación tardía a la tarjeta de crédito o débito registrada para los clientes con cobertura de seguro privado, un plan de pago o una escala móvil de tarifas, que incluye a los clientes en efectivo. Este cargo se presenta en la fecha del servicio solo si los clientes faltan a una cita sin avisar con 24 horas de antelación para cancelarla o no se presentan a una cita programada sin previo aviso.

\_\_\_\_\_ Al firmar, usted acepta que: Entiendo que si no cumplo con alguna de mis obligaciones de pago según lo dispuesto en este acuerdo Collaborative Counseling, LLC tendrá derecho a enviar mi información a cobranzas, y en el caso de que sea necesario utilizar una agencia de cobranzas para resolver una cuenta vencida, se aplicará un 30% adicional a mi cuenta para cubrir los costos de esta acción. Acepto pagar todos los costos de cobro, incluidos, entre otros, los honorarios de la agencia de cobro, los costos judiciales y los honorarios de abogados. Entiendo y doy mi consentimiento para que Collaborative Counseling, LLC envíe mi información a cobranzas, en caso de que incumpla este acuerdo y no pague mi saldo adeudado.

## Información de Tarjeta de Crédito

Requerimos que todos los clientes mantengan una tarjeta de crédito registrada de acuerdo con la política de facturación anterior. Acepto que la tarjeta que le proporcione a mi terapeuta para que la mantenga archivada pueda usarse para procesar pagos que son mi responsabilidad.

Reconozco que he sido informado y acepto la política de facturación anterior. Entiendo que los pagos vencen en la fecha del servicio. Acepto que Collaborative Counseling, LLC pueda facturar a la tarjeta de crédito registrada cualquier pago que sea mi responsabilidad y que no se haya pagado en la fecha del servicio. Por la presente doy mi consentimiento para que Collaborative Counseling, LLC utilice la información de mi tarjeta de crédito para cualquier saldo pendiente.

\_\_\_\_\_  
Firma del titular de la tarjeta de crédito que autoriza el pago

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma

Iniciales del cliente/tutor \_\_\_\_\_



## Consentimiento para Regresar a los Servicios de Terapia en Persona

Este consentimiento para regresar a los servicios de terapia en persona es un complemento del consentimiento informado general que acordamos al inicio de nuestro trabajo clínico juntos. Por favor lea este documento atentamente y permítame saber si tienes alguna pregunta.

La amenaza del COVID-19 continúa en todo Estados Unidos. Como forma de mitigar el riesgo de exposición a COVID-19, nuestra práctica ha pasado a brindar muchos servicios a través de tecnología de telecomunicaciones. Usar La tecnología de telesalud reduce la necesidad de que las personas entren en contacto cercano entre sí o estén en áreas donde puede ocurrir exposición al COVID-19. Sin embargo, en algunas situaciones, es posible que los servicios de telesalud no estén disponibles. Los servicios en persona pueden ser más apropiados.

La decisión sobre si participar en servicios en persona se basa en las condiciones y pautas actuales, que puede cambiar en cualquier momento. Es posible que en algún momento sea necesario volver a los servicios remotos basado en la consideración de cuestiones de salud y seguridad. Esta decisión se tomará en consulta con usted, pero Tomaremos la decisión final basándonos en una cuidadosa ponderación de los riesgos y los CDC aplicables. recomendaciones y/o directrices locales.

Para que podamos brindarle servicios en persona, los siguientes protocolos deben ser seguidos por pacientes/clientes y proveedores:

- Se deben cumplir los requisitos de distanciamiento social, lo que significa que debe mantener una distancia de seis pies otros mientras se encuentran en oficinas, salas de espera y otras áreas.
- Se requerirá que los pacientes/clientes y proveedores usen cubiertas faciales o máscaras mientras estén en el espacio compartido. áreas comunes de nuestro espacio de oficinas.
- El terapeuta y el cliente pueden determinar el uso de máscaras en el consultorio del proveedor para las sesiones según el riesgo. factores, niveles de comodidad del terapeuta/cliente, vacunación del proveedor y del cliente, y cualquier otro factor que el cliente y/o terapeuta determine. Su proveedor documentará su toma de decisiones al respecto en su expediente clínico.
- En este momento se le permite esperar en nuestras áreas de espera a menos que no pueda hacerlo mientras manteniendo el distanciamiento social. Esta política puede ajustarse por ubicación en caso de que las salas de espera de una ubicación específica no puedan permitir el distanciamiento social.
- Usted acepta no presentarse a los servicios en persona si tiene fiebre, dificultad para respirar, tos o cualquier otro síntoma asociado con COVID-19 o si ha estado expuesto a otra persona que muestra signos de infección o ha confirmado COVID-19 en las últimas dos semanas. En caso de esta situación, podríamos ofrecerle una sesión de Telesalud o asegurarnos de avisar con 24 horas de antelación para evitar un pago de \$100. cargo por cancelación tardía según las políticas de nuestra clínica principal.
- Si trae a un niño/a u otro dependiente para recibir servicios, acepta asegurarse de que tanto usted como su hijo/dependiente siga todos estos protocolos.

Seguimos comprometidos a seguir las pautas estatales y federales y adherirnos a las normas profesionales vigentes. estándares de salud para limitar la transmisión de COVID-19 en nuestras oficinas. A pesar de nuestra cuidadosa atención a desinfección, distanciamiento social y otros protocolos, todavía existe la posibilidad de que pueda estar expuesto al COVID-19 en nuestra oficina. Si, en algún momento, prefiere suspender los servicios en persona o considerar la transición a Telesalud servicios, infórmesele a su terapeuta.

Al firmar a continuación, reconoce que comprende que todavía existe un riesgo potencial de exposición al COVID-19 y que acepta seguir los protocolos de seguridad descritos anteriormente para poder participar en los servicios en persona. En caso de que elija realizar una visita en persona, en lugar de utilizar los servicios de telesalud disponibles, asume todo el riesgo de una posible exposición al COVID-19 y acepta liberar a Collaborative Counseling LLC y sus contratistas y agentes de toda responsabilidad legal.

---

Paciente/Cliente/Tutor

---

Fecha

Iniciales del cliente/tutor

---



### Autorización para Compartir Información entre Proveedores

Para brindar mejor servicios integrados y colaborativos en Collaborative Counseling, nuestros proveedores pueden compartir información de salud protegida entre sí. Puede aceptar o no esta autorización.

Elige solo uno: \_\_\_\_\_

Estoy de acuerdo: \_\_\_\_\_ *(Escriba sus iniciales)*

No estoy de acuerdo: \_\_\_\_\_ *(Escriba sus iniciales)*

Usted reconoce que tiene derecho a revocar esta autorización por escrito en cualquier momento en la medida en que el terapeuta abajo firmante no haya tomado medidas basándose en esta autorización. Además, reconoce que incluso si revoca esta autorización, el uso y la divulgación de su información médica protegida aún podrían estar permitidos por ley, como se indica en la Copia del Aviso de prácticas de privacidad del terapeuta abajo firmante que recibió y revisó.

Usted reconoce que el terapeuta abajo firmante le ha informado sobre la posibilidad de que los destinatarios autorizados vuelvan a divulgar su información de salud protegida y que es posible que no esté protegida contra divulgaciones no autorizadas como lo exige la Regla de Privacidad federal.

Además, reconoce que el tratamiento que le brindó el terapeuta abajo firmante no estuvo condicionado a que usted proporcionara esta autorización.

---

Firma del cliente (o padre/tutor si es menor de 18 años)

Iniciales del cliente/tutor \_\_\_\_\_



**Collaborative Counseling, LLC**  
**Clinic Information and Client Consent Policies**

**Overview of Therapy**

Therapy varies depending on the therapist, the client, and the client's particular situations and goals. Your therapist may use many different methods to deal with your particular situations and goals. In order for therapy to have the best outcome, you will likely have to invest energy in the process and work actively on things we talk about both during and between our sessions.

Therapy can have benefits and risks. The risks may include experiencing uncomfortable feelings like sadness, guilt, anger, anxiety, or frustration when discussing aspects of your life or relationships. Research shows psychotherapy to have benefits that can include better relationships, solutions to specific problems, increased life satisfaction, improved physical health, and significant reductions in feelings of distress. However, it is impossible to predict or guarantee what you will experience.

Your first few sessions will involve an evaluation of your situation and needs, we will also discuss your goals. During this time, you and your therapist together will decide if your therapist is the best person to provide you with therapeutic services. Therapy can involve a significant investment of time, energy, and money so it is important you select a therapist you are comfortable working with. If at any time you have questions about any aspect of your work with your therapist, please discuss with your therapist or feel free to contact the Owner, Naomi Doriott Larson at 763.210.9966 or via email at naomi@collaborativemn.com. If you decide you do not want to continue in therapy, please inform your therapist. We do recommend a final session for closure. If you want help finding another therapist or other appropriate resources, we will happily assist you in doing so.

**Confidentiality and Data Privacy Policy (HIPAA)**

This notice describes how your health information may be used and disclosed and how you can access this information. Please review this and all other policies carefully. We are committed to protecting our clients' privacy and confidentiality. A state and federal law, the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) went into effect on April 14, 2003 and requires us to inform you of this policy. HIPAA requires us to continue maintaining your privacy, to give you this notice, and to follow the terms of this notice.

The law permits us to use or disclose your health information to those involved in your treatment; for example, a review of your file by a specialist doctor whom we may involve in your care. We may use or disclose your health information to obtain payment of the services you receive (e.g. we can send information as requested by your health insurance plan). We may use or disclose your health information for our normal healthcare operations (e.g. staff who complete scheduling, training of staff who have signed confidentiality agreements, etc). We may share your medical information with our business associates, such as a billing service, administrative staff, etc... To protect your privacy and confidentiality we have a written contract with each business associate requiring them to protect your privacy. We may consult with other licensed professionals in counseling as necessary, protecting your confidential information, to gain guidance for your treatment. We may use your information to contact you (e.g. mailings). We may also want to call and remind you about your appointments. If you are not home, we may leave this information on your answering machine, or with the person who answers the telephone. In an emergency, we may disclose your health information to a family member or another person responsible for your care. Finally, we may release some or all of your health information when required by law.

If this practice is sold, your information will become the property of the new owner(s). Except as described above, this practice will not use or disclose your health information without your prior written authorization. You may

Client/Guardian Initials \_\_\_\_\_

request in writing we not use or disclose your health information as described above. We will let you know if we can fulfill your request.

You have the right to know of any uses or disclosures we make with your health information beyond the above normal uses. As we will need to contact you from time to time, we will use the address or telephone number you have on file with us. You have the right to transfer copies of your health information to another practice. You may have the right to see or receive a copy of your health information, unless there is a reason by law or contract why your therapist would not disclose the information. You have the right to request an amendment or change to your health information. Give us your request to make changes in writing. If you wish to include a statement in your file, please give it to us in writing. We may or may not make the changes you request, but will be happy to include your statement in your file. If we agree to an amendment or change, we will not remove or alter earlier documents, but will add the new information.

You have the right to receive a copy of this notice. If we change any of the details of this notice, we will notify you of the changes in writing. You may file a complaint with the Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F Washington, D.C. 20201. However, before filing a complaint, or for more information or assistance regarding your health information privacy, please contact the Owner of Collaborative Counseling, Naomi Doriott Larson, via phone at 763.210.9985 or via email at [naomi@collaborativemn.com](mailto:naomi@collaborativemn.com).

The State of Minnesota and Wisconsin laws impose some limitations to your rights to confidentiality. The following is a list of situations in which you may lose your right to confidentiality:

- If use or disclosure is necessary to prevent or lessen a serious and imminent threat to the health or safety of a person or the public and the disclosure is made to a person or persons reasonably able to prevent or lessen the threat, including the target of the threat.
- If your therapist suspects you have physically or sexually abused or neglected a child or vulnerable adult, your therapist must make a report to the proper authorities. This includes some cases of domestic abuse when a child is exposed to weaponry or is physically threatened and/or used as a weapon. If you are pregnant and using a controlled substance such as heroin, cocaine, phencyclidine, methamphetamine, or their derivatives  
When there is a court order to release your records to the legal authorities.
- If an investigation or disciplinary proceeding is mandated by the licensing board and your information is involved in those proceedings.
- A subpoena, discovery request, or other lawful process, that is not accompanied by an order of a court or administrative tribunal so long as reasonable efforts are made to give you notice that your PHI has been requested or reasonable efforts are made to secure a qualified protective order, by the person requesting the PHI.
- To defend Collaborative Counseling or our therapist(s) in a legal action or other proceeding brought by you against our clinic or service providers.
- When required by the Secretary of the Department of Health and Human Services in an investigation to determine my compliance with the privacy rules.
- To Business Associates under a written agreement requiring Business Associates to protect the information. Business Associates are entities that assist with or conduct activities on our behalf including individuals or organizations that provide legal, accounting, administrative, and similar functions.

If you are a minor, you have a limited right to privacy in that your parents may have access to your records. However, if the therapist believes sharing this information will be harmful to you, confidentiality will be maintained to the limits of the law.

Group Therapy: The right to confidentiality is addressed in the group setting. However, Collaborative Counseling and group therapists are not responsible for any breaches of confidentiality by group members.

There are instances in which individuals associated with Collaborative Counseling have duties that require access to the information you may share for claim processing, scheduling, reports, consultations, etc...

Client/Guardian Initials \_\_\_\_\_

## Release of Records

The laws and standards of this profession require that we keep treatment records. You are entitled to examine and/or receive a copy of your records if you request it in writing. In order to see your records, you and your therapist will need to discuss the contents together. Because these are professional records, they can be misinterpreted and/or be upsetting to people who are not mental health professionals.

All information regarding patients is considered strictly confidential and will not be given out to other entities or individuals without your written consent, unless otherwise allowed by law. In the event of a request for transfer of records, the records will be forwarded upon completion of a consent form and a payment fee based on the current legal maximums allowed by the Department of Health. Copies of records are available for a \$17.21 processing fee, plus \$1.30 per page for copying.

## Crisis Response and Contacting Your Therapist

Your therapist is often not immediately available by phone because we do not answer the phone when in session with clients. Feel free to leave a voicemail and your therapist will get back to you within 5 business days (Monday through Friday). We will make every effort to return your call as soon as possible (usually within a few hours and almost always within 24 hours Monday through Friday). If you are difficult to reach, please leave times you will be available. If you want discretion used when calling you or leaving a message for you, please let us know in advance. At times when your therapist will be unavailable for an extended time, you will be provided with a backup therapist to contact if necessary.

Outpatient mental health services are consultative in nature; we are not equipped to handle emergencies. Please call the National Suicide Prevention Hotline at 1-800-273-TALK (8255), 911 or go to the nearest hospital emergency room if you are in crisis. Phone consultations with clients, or parents of clients, during or after business hours, are not a part of the services we are able to offer at Collaborative Counseling. Please document any concerns you might have between appointments, and bring them to your next session so that we might discuss them. Phone consultations with prescribing physicians, school districts, and other collaborative services are always available free of charge for our clients, with your signed authorization for release of confidential information.

## Telemedicine/Telehealth Services

Telemedicine includes the practice of health care delivery, diagnosis, consultation, treatment, transfer of protected health information, and education using synchronous or asynchronous audio, video, or data communications.

- **Identity Verification:** You may be expected to provide a copy of your driver's license and other identity verifying documentation requested by the healthcare practitioner before any health services are provided.
- **Privacy and Security of Communications:** All electronic communications between you and the healthcare practitioner will be transmitted using reasonable measures to ensure confidentiality. You will be responsible to secure and protect the functionality, integrity, and privacy of your hardware, files, and communication. Password protection for accessing your hardware and files is recommended. If others will be accessing the same computer, be aware that programs exist that copy every keystroke you make. It is recommended that you schedule your sessions with the undersigned healthcare practitioner when and where you can ensure the greatest level of privacy for all communications. Be sure to fully exit all programs and hardware at the end of each session. You explicitly waive confidentiality if there is another individual at your distant site you are using telemedicine at.
- **Risks Associated With Distance Therapy:** There are privacy and security risks and consequences associated with telemedicine despite the policies and procedures in place to guard against them. The risks and consequences include, but are not limited to, interrupted or distorted transmission of data or information due to technical failures and access or interception of your protected health information by unauthorized persons.
- By signing this information and consent form below, you acknowledge the limitations inherent in ensuring client confidentiality of information transmitted in telemedicine and agree to waive your privilege of confidentiality with respect to any confidential information that may be accessed by an unauthorized third party despite the reasonable efforts of the Collaborative to arrange a secure line of communication.

Client/Guardian Initials \_\_\_\_\_

- Telemedicine services and care may not be as effective as face-to-face services. The Collaborative will continually assess the appropriateness of telemedicine for you. If the Collaborative determines that you would be better served by receiving different services, such as face-to-face services, recommendations for treatment and treatment providers or facilities will be provided to you.
- **Communication Interruptions:** If you are unable to connect with the telemedicine platform or are disconnected during a session due to a technological breakdown, please try to reconnect within 5 minutes. If reconnection is not possible the Collaborative can be reached at the following phone number: 763-210-9966.
- **Audio and Video Recordings:** You acknowledge and, by signing this information and consent form below, agree that neither you nor the undersigned healthcare practitioner will record any part of your sessions unless you and the Collaborative mutually agree in writing that the health session may be recorded. You further acknowledge that the Collaborative objects to you recording any portion of your sessions without the Collaborative's written consent. You expressly agree that audio and video recordings used for security or legal and documentation purposes are not part of your health records, and are therefore not protected by confidentiality or any other provisions under this agreement.
- **Consent to Treatment Using Telemedicine and Distance Health Services:** I, voluntarily, agree to receive synchronous (or asynchronous) assessment, care, treatment, and services through the use of email and texts and authorize the Collaborative to provide such care, treatment, or services as are considered necessary and advisable. Ample opportunity has been offered to me to ask questions and seek clarification of anything unclear to me.

### **Emailing or Text Messaging Your Therapist**

Electronic communication (email and texting) is a commonly used way of exchanging information, however, there is no guarantee that this form of communication is secure. Collaborative Counseling cannot ensure the security or privacy of the information exchanged. Email is not an appropriate means for communicating about your therapy or about a mental health emergency. If you want to email your therapist please confirm their policy and preference since each clinician's preference may vary.

Although they add convenience and expedite communication, it is very important to be aware that email and cell phone communication can be accessed relatively easily by unauthorized people and hence can compromise the privacy and confidentiality of such communication. Emails, in particular, are vulnerable to such unauthorized access due to the fact that servers have unlimited and direct access to all emails that go through them. Therapist emails and data on computers may not be encrypted, it is always possible that faxes can be sent erroneously to the wrong address, and computers, including laptops, may be stolen. Our computers are equipped with a firewall, virus protection and passwords, and we also password-protect and back up all confidential information from computers (stored off-site) on a regular basis.

You should also know that any email or text messages your therapist receives from you and any response sent back to you may become a part of your legal record and may be revealed if your records are summoned by a legal entity.

Please notify your therapist if you decide to avoid or limit, in any way, the use of emails, cell phones SMS (text), faxes, or storage of confidential information on computers. If you communicate confidential or private information via SMS (text) or email, we will assume that you have made an informed decision, will view it as your agreement to take the risk that such communication may be intercepted, and your therapist and our clinic will honor your desire to communicate on such matters via email or text messaging.

Please do not use email or faxes for emergencies. Due to computer or network problems, emails may not be deliverable, and your therapist may not check my emails or faxes daily. We prefer to use email to arrange or modify appointments only. If you email your therapist content related to your therapy sessions, please note that email is not completely secure or confidential. If email communication outside of therapy requires more than 5 minutes to read and respond to, we may charge for my professional services rendered in 15-minute increments. Please indicate if you intend to pay these charges, or we will save it for review during your appointment time.

Client/Guardian Initials \_\_\_\_\_



## **How to Acknowledge in Public Settings**

If one of our staff or therapists happens to see you outside of our counseling office setting in the public, we will only acknowledge you if you greet or acknowledge us. This is to respect your confidentiality.

## **Social Media Policy**

Please note that Collaborative Counseling is on various social media websites as a way to market the services we offer. To protect your confidentiality Collaborative Counseling encourages you to consider the public nature of social media before liking, fanning or following our social media postings. Messaging on Social Networking sites such as Twitter, Facebook, Google+, or LinkedIn is not secure. It could compromise your confidentiality to use wall postings, @replies, or other means of engaging with Collaborative Counseling or your therapist online if we have an already established client/therapist relationship. It may also create the possibility that these exchanges become a part of your legal medical record and will need to be documented and archived in your chart. If you have questions, please contact your therapist or our clinic administrator who can help clarify questions you may have.

## **Financial Responsibility**

Most health insurance plans include behavioral health coverage, however, the exact coverage varies widely with the different health insurance plans. Clients are responsible for services received not covered by insurance; therefore, we strongly recommend you call your insurance company to verify your coverage. When you call your insurance company, ask to verify your coverage for outpatient mental health. It is also your responsibility to keep us up-to-date with any changes in your benefit plan and/or insurance coverage. We understand that insurance is tricky, but we are not responsible for verification of your insurance benefits and we cannot be held responsible for insurance coverage denials.

## **Cancellation Policy**

Please give a 24 business hour notice if you will not be able to keep an appointment. If you do not give a 24-hour notice, you will be charged \$100. This is not billable to most insurance companies. Kindly phone us with cancellations as soon as possible to avoid late cancellation fees, and out of respect to others who may need an appointment time. Here are clarifications about our policy:

- Cancellations must be at least 24 business hours prior to the appointment. For Monday appointments, cancellations must be made by Friday at 4pm.
- Late cancellations and no-shows will be charged \$100. The credit card on file will be run at the time of the missed appointment, unless arrangements are made otherwise.
- The only exception to the cancellation policy is in the event of an impairing illness or emergency. Work conflicts do not constitute an emergency. In the event of transportation barriers, we can conduct the appointment via telehealth.
- Frequent cancellations and no shows/missed appointments (3 or more in 6 months or 2 consecutive) may result in the termination of treatment.
- If you are more than 15 minutes late for your appointment, the appointment will be considered missed and the cancellation/missed appointment fee of \$100 will be charged.

## **Cases Involving the Legal System**

Our services are not to be utilized for testimony, custody disputes, disability or any other form of court evaluations. We are happy to refer you to other providers in the area who provide these services should you require any court evaluation or testimony. Should we be subpoenaed or mandated by the courts to testify, you will be required to pay all fees, in advance, associated with the writing of case summaries and/or other reports, consultation with attorneys, consultation with mental health professionals, review of other records, and any other preparation. The client will also need to pay for other fees incurred including travel time, meals, parking and all other costs associated with the court time. Therapist testimony will require that the client be billed directly, as insurance will not cover these charges. All fees must be paid prior to the date of testimony. Court appearances are significantly more expensive due to the complexity and difficulty of being involved in such matters. Our current hourly rate for any legal related matters is \$350 per hour. Please note: these fees apply to any court-related or legal-related work regardless of whether testimony ends up being required. Any legal fees are outside of insurance and outside of what is considered a mental health care services.

Client/Guardian Initials \_\_\_\_\_

## Treatment of Minors

Treatment of children and adolescents is best done with the involvement of their caregivers and parents. Children with unmarried or divorced parents typically benefit from regular contact with both parents, unless it can be shown that this contact threatens the child's safety or mental health. Therapy is confidential, but not secret. Parents are entitled to understand the nature of their child's problem as well as the method and course of treatment. Both parents have right of access to medical or mental health treatment, regardless of custody unless the custodial parent provides us with a court order limiting access or communication.

Parents may have access to their child's medical records, however, often with mental health records it is often determined to not be in the best interest of the child or adolescent. Minnesota and Wisconsin State Law entitles parents with legal custody to information regarding their child's treatment and generally entitles parents to copies of their child's health records. Minnesota and Wisconsin State Law allows for an exception to the release of copies of health records in the case of mental health. Mental health records are kept confidential to protect the child's ability to speak freely about their relationships and concerns regarding each parent. It is rarely in the child's best interest to have therapy records read by parents. Parents are encouraged to meet regularly with their child's therapist and to stay informed of what is occurring in therapy. Arrangements can be made to observe appointments, review records in the office, and freely share information regarding the child's health and treatment.

In cases where there is joint (split) legal custody between parents or guardians who are not married or cohabitating, we require both parents' authorization and signature for treatment of their minor child/children. We believe it is best to identify and resolve potential parental conflicts or disagreements before treatment begins. We will not proceed with treatment if one parent is unavailable or unwilling to consent and we do not have a note from the child's medical doctor determining that it is appropriate to proceed with the consent of only one parent.

Counseling with children is done with the goal of providing an emotionally neutral setting to process current concerns and emotions. The usefulness of such therapy is extremely limited when the therapy itself becomes simply a matter of dispute between the parents or between parents and children. With this in mind, and in order to best help children in therapy we follow the following agreements in our therapy with minors:

- Counseling and therapy will not yield considerations about custody. We recommend that parties who are disputing custody consider participation in alternative forms of negotiation and conflict resolution, including mediation and custody evaluation, rather than settle a custody dispute in court.
- The therapist of your child has the primary responsibility, as your child's therapist, to respond to your child's emotional needs. This includes, but is not limited to, contact with your child and each of his or her caregivers, and gathering information relevant to understanding your child's welfare and circumstances as perceived by important others (e.g. pediatrician, teachers). In some cases, this may include a recommendation that you consult with a physician should matters of your child's physical health be relevant to this therapy.
- We ask that all caregivers remain in frequent communication regarding your child's welfare and emotional well-being. Open communication about his or her emotional state is critical. In this regard, we invite each of you to initiate frequent and open exchanges with your child's therapist.
- We ask that all parties recognize and as necessary, reaffirm to the child, that the therapist is the child's helper and not allied with any disputing party or familial side.
- Please be advised regarding the limits of confidentiality as it applies to psychotherapy with a child including but not limited to these considerations:
  - We keep records of all contacts relevant to your child's well being. These records are subject to court subpoena and may, under some circumstances, be solicited by parties (including attorneys) in divorce or other legal proceedings.
  - Any matter brought to your therapist's attention by either parent regarding the child, may be revealed to the other parent. Matters brought to our attention that are irrelevant to the child's welfare may be kept in confidence.
- We are not responsible for routine communication with parents who do not attend appointments and we cannot routinely contact the non-custodial parent after each appointment. We are unable to send a

Client/Guardian Initials \_\_\_\_\_

summary letter, note, or e-mail after each appointment, unless payment arrangements have been made for this service. Expectation is that parents will communicate with each other openly regarding treatment and that each parent will cultivate a healthy relationship and open communication with their co-parent and their child.

### Ending Treatment

You have the right to end your treatment at any time without my permission or agreement. However, if you do decide to exercise this option, we encourage you to talk with your therapist about the reason for your decision in one or more termination sessions so that we can bring sufficient closure to our work together. We can also discuss any referrals you may need at that time.

As a therapy service, we also reserve the right to terminate therapy at our discretion. Reasons for termination include, but are not limited to, untimely payment of fees, failure to comply with treatment recommendations, conflicts of interest, failure to participate in therapy, or patient needs that are outside of my scope of competence or practice. If we are to end treatment we will provide you with referrals to another provider or service we believe to be appropriate.

If during psychotherapy either of us assesses that the therapist assigned to you is not effective in helping you reach your therapeutic goals, we are obliged to discuss it with you and, if appropriate, to terminate treatment. In such a case, I will provide a number of referrals that may be of help to you.

### Client Bill of Rights

As a consumer of mental health services, you have the right to:

- 1) expect that the provider has met the minimal qualifications of training and experience required by state law;
- 2) examine public records maintained by the Board of Behavioral Health and Therapy that contain the credentials of the provider;
- 3) obtain a copy of the Rules of Conduct from Minnesota's Bookstore, Department of Administration, 660 Olive Street, St. Paul, MN 55155, or its current location;(if in Wisconsin, you can find these rules at: <https://www.dhs.wisconsin.gov/clientrights/intro.htm>)
- 4) report complaints to the Board of Behavioral Health and Therapy;
- 5) be informed of the cost of professional services before receiving the services;
- 6) privacy as defined and limited by rule and law;
- 7) be free from being the object of unlawful discrimination while receiving counseling services; have access to your records [For MN as provided in part 2150.7520, subpart 1, and Minnesota Statutes, section 144.292, except as otherwise provided by law; For WI as provided in Wis. Stat. § 51.30];
- 8) be free from exploitation for the benefit or advantage of the provider;
- 9) terminate services at any time, except as otherwise provided by law or court order.

### Rates

<i>Billing Code</i>	<i>Service</i>	<i>Length of Visit</i>	<i>Fee for Service</i>
90791	Intake	45-50 minutes	\$275
90832	Psychotherapy 30 minutes	16-37 minutes	\$100
90834	Psychotherapy 45 minutes	38-52 minutes	\$175
90837	Psychotherapy 60 minutes	53 minutes plus	\$225
90847/90846	Family/Couple Therapy	45-50 minutes	\$175
90785	Interactive Complexity (add-on)	n/a	\$100
90839/90840	Psychotherapy for Crisis	Add 60/30 minutes	\$200/\$100
90853/90849	Group Therapy	60-90 minutes	\$100/\$250
96150-96154	Health/Behavior Assessment	15 minute units	\$50/unit
H2019	DBT Group Therapy	15 minute units	\$50/unit
96130-96139	Psychological and Neuropsychological Testing	60 minutes	\$225
96116	Neurobehavioral Status Examination	60 minutes	\$200
90887	Feedback Review of Assessment	60 minutes	\$200
97532	Cognitive Rehabilitation	15 minute units	\$50/unit
Billed to client	Phone Calls, Letters, Emails or Reports	15 minute units	\$50/unit
Billed to client	Court Appearances or any legal request	Varies	\$350 per hour
Billed to client	Late Cancel or No Show	n/a	\$100

Client/Guardian Initials \_\_\_\_\_

### Client Information

Client's name: \_\_\_\_\_ Date of birth: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_  
Street City State Zip Code

Home phone: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_

Emergency Contact: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Email address: \_\_\_\_\_

*Do you consent for the use of your email by Collaborative Counseling? Please circle: YES or NO*

**Employer** (Note: if intake is for child, write employment for both parents.)

Name of Employer: \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_

**Primary Insurance Information**

<i><b>Carrier</b></i>	<i><b>Provider Phone Number</b></i>	<i><b>Policy ID</b></i>
<i><b>Group Number</b></i>	<i><b>Policy Holder Name (if not client)</b></i>	<i><b>Policy Holder Date of Birth</b></i>

**(If Applicable) Secondary Insurance Information**

<i><b>Carrier</b></i>	<i><b>Provider Phone Number</b></i>	<i><b>Policy ID</b></i>
<i><b>Group Number</b></i>	<i><b>Policy Holder Name (if not client)</b></i>	<i><b>Policy Holder Date of Birth</b></i>

*Collaborative Counseling, LLC, reserves the right to change the policies, practices, and procedures described in this document. We will notify you in writing of any significant changes. My signature below indicates I am consenting to treatment at Collaborative Counseling, LLC, and have received and understand the contents of the clinic's counseling policies, including the Notice of Privacy Practices (HIPAA). My signature below certifies my consent to the billing and payment policy. All of my questions have been answered and the policy regarding billing is fully agreed to. I also, by signing below, consent to taking full responsibility for any outstanding bill for services rendered. I also agree that my signature authorizes Collaborative Counseling, LLC to pursue any outstanding balance due to them should I not follow the clinic policy. I am of sound mind and am fully competent to give informed and willing consent for therapy, either for myself and/or a minor child. If I have questions, the information has been explained and/or summarized for me.*

\_\_\_\_\_  
Signature (Client or Legal Guardian if client is under 18)

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature (Client or Legal Guardian if client is under 18)

\_\_\_\_\_  
Date

**Relationship to Patient (if patient is a minor). Check below to indicate custody status if patient is a minor:**

- Parents are married to each other and both are legal parents of the child/minor.
- I am a single parent, with legal and physical custody of the child/minor.
- The child's other parent and I share legal custody. Consent must be obtained from other parent to continue services beyond the initial appointment.
- The child is in custody of the State of Minnesota or Wisconsin. County: \_\_\_\_\_

Client/Guardian Initials \_\_\_\_\_



### **Billing Information and Policy**

Our billing policy for services, which are the client's responsibility, is as follows:

***Please initial each item:***

\_\_\_\_\_ All co-pay, co-insurance, sliding fee scale, payment plan, and deductible amounts are due on the date of service. If client payments are not made on the date of service, or if arrangements for an alternate payment plan have not been made, charges will be submitted to the client credit or debit card on file in our office.

\_\_\_\_\_ Clients will not receive a statement for services that are the responsibility of their insurance company. Nor will clients receive a statement if their balance has been paid in full on each date of service, and their account is current.

\_\_\_\_\_ Any counseling services that are not eligible for coverage through a client's insurance plan become the responsibility of the client. If not paid on the date of service, these charges will be submitted to the credit card on file either on the date of service, or on the date we receive notice that services have been denied. Receipts for all credit or debit card transactions will be mailed to clients along with their statement. Payments due that are not paid are subject to fees within the limitations of the law.

\_\_\_\_\_ A late cancel fee will be submitted to the credit or debit card on file for clients with private insurance coverage, a payment plan, or a sliding fee scale, which includes cash clients. This charge is submitted on the date of service only if clients misses an appointment without giving a 24-hour notice to cancel or do not show up to a scheduled appointment without notice.

\_\_\_\_\_ By signing you agree that: I understand that if I default on any payment obligations as called for in this agreement Collaborative Counseling, LLC will have the right to forward my information to collections, and in the event that it becomes necessary to utilize a collection agency to resolve a past due account, an additional 30% will be assessed to my account to cover the costs of this action. I agree to pay all costs of collection, including but not limited to collection agency fees, court costs, and attorney fees. I understand and give my consent for Collaborative Counseling, LLC, to forward my information to collections, should I default on this agreement and fail to pay my Balance Due.

### **Credit Card Information**

We require all clients to keep a credit card on file in accordance to the above billing policy. I agree that the card I provide to my therapist to keep on file can be used to process payments that are my responsibility.

*I acknowledge I have been informed and agree to the above billing policy. I understand that payments are due on the date of service. I agree that Collaborative Counseling, LLC may bill the credit card on file for any payments which are my responsibility, that have not been paid on the date of service. I hereby consent for Collaborative Counseling, LLC to utilize my credit card information for any outstanding balance.*

\_\_\_\_\_  
Signature of Credit Card Holder, Authorizing Payment

\_\_\_\_\_  
Date Signed

Client/Guardian Initials \_\_\_\_\_



### **Consent for Returning to In-Person Therapy Services**

This Consent for Returning to In-Person Therapy Services is a supplement to the general informed consent that we agreed to at the outset of our clinical work together. Please read this document carefully, and let me know if you have any questions.

The threat of COVID-19 is ongoing throughout the United States. As a way to mitigate the risk of exposure to COVID-19, our practice has transitioned to providing many services via telecommunications technology. Use of Telehealth technology reduces the need for persons to come into close contact with each other or to be in areas where exposure to COVID-19 may occur. However, in some situations, Telehealth services may not be adequate, and in-person services may be more appropriate.

The decision about whether to engage in in-person services is based on current conditions and guidelines, which may change at any time. It is possible that a return to remote services will be necessary at some point based on consideration of health and safety issues. Such a decision will be made in consultation with you, but we will make the final determination based on a careful weighing of the risks and applicable CDC recommendations and/or local guidelines.

In order for us to provide you with in-person services, the following protocols must be followed by patients/clients and providers:

- Social distancing requirements must be met, meaning that you must maintain a six-foot distance from others while in offices, waiting rooms, and other areas.
- Patients/clients and providers will be required to wear face coverings or masks while in the shared common areas of our office space.
- Therapist and client can determine use of masks in provider's office for sessions based upon risk factors, therapist/client comfort levels, vaccination of provider and client, and any other factors the client and/or therapist determine. Your provider will document your decision making around this in your clinical file.
- At this time you are allowed to wait in our waiting areas unless you are not able to do so while maintaining social distancing. This policy may be adjusted per location in the event that specific location's waiting rooms are unable to allow for social distancing.
- You agree not to present for in-person services if you have a fever, shortness of breath, coughing, or any other symptoms associated with COVID-19 or if you have been exposed to another person who is showing signs of infection or has confirmed COVID-19 within the past two weeks. In the event of this situation, we could offer you a Telehealth session or make sure to give 24 hour notice to avoid a \$100 late cancellation fee per our main clinic policies.
- If you are bringing a child or other dependent in for services, you agree to ensure that both you and your child/dependent follow all of these protocols.

Client/Guardian Initials \_\_\_\_\_

We remain committed to following state and federal guidelines and adhering to prevailing professional healthcare standards to limit the transmission of COVID-19 in our offices. Despite our careful attention to sanitization, social distancing, and other protocols, there is still a chance that you could be exposed to COVID-19 in our office. If, at any point, you prefer to stop in-person services or to consider transitioning to Telehealth services, please let your therapist know.

By signing below, you acknowledge that you understand that there is still a potential risk of exposure to COVID-19 and that you agree to follow the safety protocols outlined above in order to engage in in-person services. In the event you choose to make a visit in person, instead of using the telehealth services available, you assume all of the risk from potential COVID-19 exposure and you agree to release Collaborative Counseling LLC and its Contractors and agents from any and all legal liability or responsibility.

\_\_\_\_\_  
Patient/Client/Guardian

\_\_\_\_\_  
Date

Client/Guardian Initials \_\_\_\_\_



**Authorization to Share Information Between Providers**

In order to better provide integrated and collaborative services at Collaborative Counseling, our providers may share protected health information with each other. You can agree or not agree to this authorization.

**Pick only one:**

I Agree: \_\_\_\_\_ (initial)

I do not Agree: \_\_\_\_\_ (initial)

You acknowledge that you have the right to revoke this authorization in writing at any time to the extent the undersigned therapist has not taken action in reliance on this authorization. You further acknowledge that even if you revoke this authorization, the use and disclosure of your protected health information could possibly still be permitted by law as indicated in the copy of the Notice of Privacy Practices of the undersigned therapist that you have received and reviewed.

You acknowledge that you have been advised by the undersigned therapist of the potential of the redisclosure of your protected health information by the authorized recipients and that it may not be protected from unauthorized disclosures as required by the federal Privacy Rule.

You further acknowledge that the treatment provided to you by the undersigned therapist was not conditioned on you providing this authorization.

---

Signature of client (or parent/guardian if under age 18)

Client/Guardian Initials \_\_\_\_\_